

# 自主決定

## 支出計畫檢查清單

- 正確拼寫客戶姓名
- 正確的客戶 UCI 編號
- 正確的 SDP 計畫日期與計畫年份  
(開始和結束日期，包含年、月和日)
- 已確定的建立日期與支出計畫版本編號
- 正確的總預算 (與最新簽署的 IBCCT 相符)
- 計畫支出總額不超過 IBCCT
- FMS 機構 (使用供應商 ID 編號加以識別)
- FMS 月費 (列出提供者編號)
- FMS 付款方式有列出  
(帳單付款人、共同雇主或唯一雇主)
- ACRC 列為區域中心
- 支出計畫簽署人的姓名和職稱與預算中的資訊相符
- 參照客戶的時間表進行審查

### **針對支出計畫中的每一項服務：**

- 正確的 SDP 服務代碼
- 提供服務的提供者或機構之名稱  
(若已知)
- 服務描述  
(例如：應急支援、游泳課等等)
- 提供支援之比例  
(例如：1:1、團體課等等)
- 我將收到服務的頻率  
(例如：每週 10 小時、每月一次等等)
- 會向提供者支付的費用金額  
(每服務單位)
- 正確的 FMS 雇主負擔  
(針對我所僱用的所有員工)
- 此服務支援 IPP 目標
- 此服務不由一般資源提供  
(例如：IHSS、學區等等)
- 此服務符合 HCBS 標準

**\*所有支出計畫均須經客戶／監護人、SC 與 PCS 簽署\***



Alta California  
Regional Center

自主決定計畫  
2025 年 9 月 22 日